

La gestion des incidents

1. Introduction

Il n'existe pas de consensus sur la définition du mot incident dans le domaine de la santé. À l'Hôpital du Valais, l'incident est défini comme :

- une action, un comportement ou un dysfonctionnement qui :
 - a provoqué une atteinte à la santé du patient
 - aurait pu provoquer une atteinte à la santé
 - a affecté la bonne administration des soins ou le fonctionnement adéquat d'un service ;
- une atteinte inattendue ou indésirable à la santé du patient, survenue dans le cadre des soins (dans cette définition, l'incident est synonyme d'évènement indésirable).

Des incidents tels que définis ci-dessus se produisent tous les jours dans les hôpitaux à travers le monde. Reconnaître qu'ils se produisent, y compris dans sa propre institution, est une première étape. Mais on ne doit évidemment pas en rester là. Quand toutes les barrières de sécurité ont été déjouées et qu'un incident se produit, il est encore possible d'en faire quelque chose de constructif : l'utiliser pour améliorer les performances de l'hôpital et la sécurité des patients. Pour cela, après avoir constaté l'incident, il faut le déclarer, l'analyser et mettre en œuvre des mesures d'amélioration chaque fois que c'est possible. Ensuite, il convient de donner au déclarant un retour sur ce qui a été fait (et parfois communiquer à plus large échelle), ainsi que de vérifier la mise en œuvre des mesures d'amélioration. L'entier du processus est appelé gestion des incidents. Il comprend encore une étape essentielle, celle du soutien aux personnes impliquées, c'est-à-dire le patient, ses proches et les collaborateurs impliqués.

Pour que la gestion des incidents puisse devenir vérita-

blement une démarche d'amélioration, il y a une condition sine qua non : que la culture de la sécurité se développe dans l'hôpital. Cette dernière doit remplacer la culture du blâme, encore solidement implantée. Autrement dit, lorsqu'un incident est constaté, il ne faut pas chercher un coupable et le punir, il faut chercher à améliorer la sécurité en diminuant la probabilité de récurrence de l'incident et ses conséquences. Cela passe par l'identification, la déclaration, l'analyse et la mesure d'amélioration. Le blâme et la sanction suite à un incident suscitent la peur et sont un frein à la déclaration des incidents. Plus l'incident est grave, plus ce frein est puissant. Sans déclaration, le processus de gestion des incidents ne peut se mettre en marche.

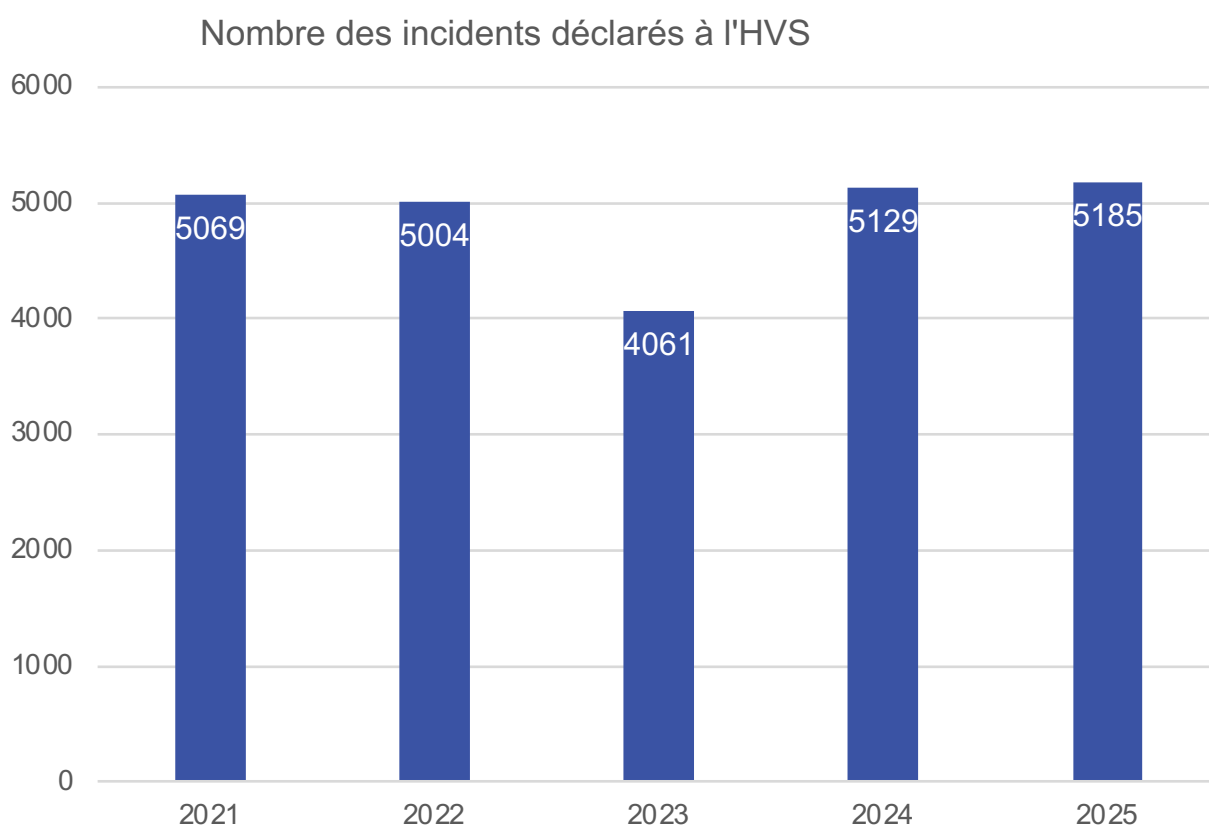
Depuis 2015 l'Hôpital du Valais (HVS) utilise un outil informatique pour la gestion des incidents. Il a permis d'harmoniser les pratiques des différents centres de l'HVS qui avaient tous des procédures différentes depuis de nombreuses années. L'introduction de cet outil, en parallèle à une campagne de sensibilisation, a eu un fort impact sur le nombre de déclarations d'incidents qui a passé d'environ 2000 en 2014 à 3150 en 2015. Ensuite, l'augmentation annuelle a été d'environ 1000/an jusqu'en 2018. Une augmentation si importante et si rapide du nombre de déclarations est attribuée à davantage de déclarations et non davantage d'incidents survenus. Dans la mesure où il a été clairement démontré que les incidents sont sous-déclarés dans les hôpitaux, l'augmentation des déclarations est un signe positif. Elle traduit à la fois la facilitation du processus par l'outil et la progression de la culture de la sécurité.

Les données présentées dans ce rapport sont tirées de l'outil informatique institutionnel et donnent une vue d'ensemble de la gestion des incidents à l'HVS.

2. Déclaration des incidents

Nombre de déclarations

En 2025 les collaborateurs de l'Hôpital du Valais ont déclaré 5185 incidents, toutes gravités confondues. Le tableau ci-dessous montre le nombre d'incidents déclarés chaque année entre 2021 et 2025.



De 2021 à 2025, le nombre de déclarations est resté stable aux alentours de 5000, sauf en 2023 où le nombre de déclarations était plus bas (cf. commentaires dans le rapport de 2023).

Degrés de gravité des incidents déclarés

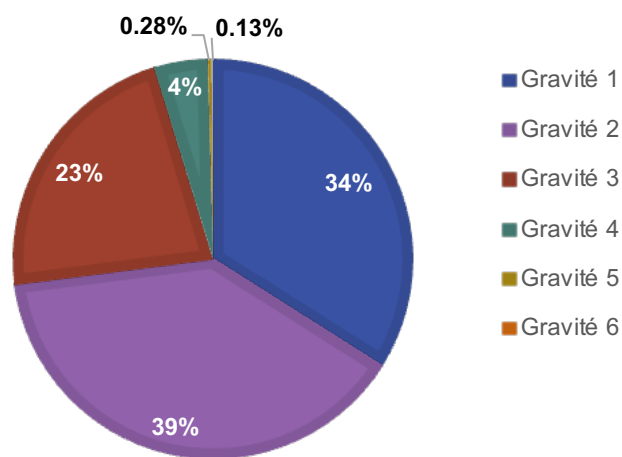
Pour la gravité des incidents à l'HVS, l'échelle suivante est utilisée :

1. a affecté le bon déroulement des soins ou du fonctionnement du service ou a provoqué un désagrément sans impact sur la santé
2. aurait pu provoquer une atteinte légère et temporaire ou d'autres désagréments à la santé d'une personne
3. atteinte légère et temporaire ou d'autres désagréments à la santé d'une personne
4. aurait pu provoquer la mort ou une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne
5. atteinte grave à la santé d'une personne
6. mort ou atteinte durable à la santé d'une personne

Le tableau ci-dessous montre la répartition d'incidents déclarés en fonction du degré de gravité pour 2025.

considère l'évolution depuis 2018 (année à partir de laquelle les incidents ont été répartis en 6 degrés de gravité), on constate une augmentation significative de la proportion des déclarations d'incidents ayant eu des conséquences sur la santé des patients (degrés 3, 5 et 6) ou qui auraient pu avoir des conséquences graves (degré 4) : on passe de 10,18 % en 2018 à 27,41 % en 2025. Nous considérons cette augmentation comme un signe positif, dans le sens que cela reflète vraisemblablement une progression de la culture sécurité. Ce ne sont pas les incidents qui sont plus nombreux, mais les déclarations de ces derniers. L'hypothèse qu'une progression de la culture sécurité se traduit par une augmentation des déclarations des incidents plus graves est soutenue par de nombreux articles publiés dans les journaux médicaux qui montrent que les incidents avec conséquence sur la santé des patients surviennent nette-

2025

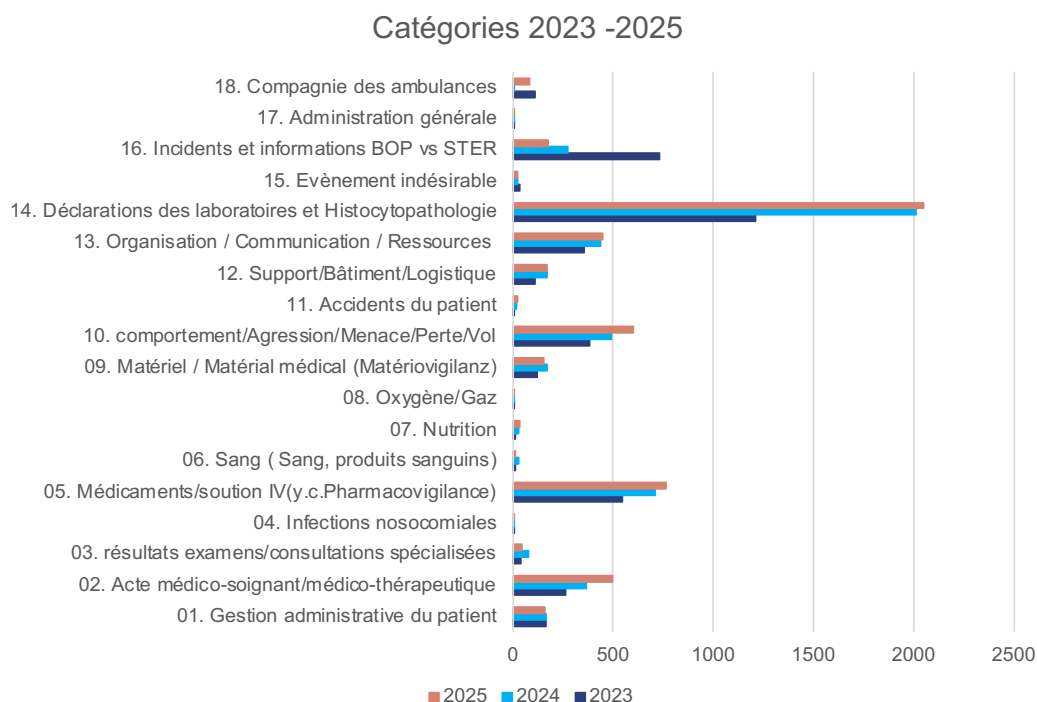


Par rapport à l'année 2024, il y a une légère augmentation de la proportion des déclarations des incidents de degrés 3 (20 % en 2024 versus 23 % en 2025) et une légère diminution de celles des degrés 1 et 2 (76 % en 2024 et 73 % en 2025). Ces différences paraissent minimes, mais, si l'on

ment plus souvent qu'ils ne sont déclarés parce que les collaborateurs craignent d'être sanctionnés (culture du blâme). Cette sous-déclaration en milieu hospitalier est générale et l'Hôpital du Valais n'est pas une exception, mais il semble qu'il progresse dans la bonne direction.

Catégories des incidents déclarés

Le graphique ci-dessous montre le nombre d'incidents déclarés dans les différentes catégories pour les années 2023, 2024 et 2025.



Comme chaque année à l'Hôpital du Valais, la catégorie dans laquelle le plus d'incidents sont déclarés est celle des laboratoires et de l'histocytopathologie (catégorie 14). Cela s'explique par le fait que la démarche d'accréditation des laboratoires et le respect des normes y relatives poussent fortement à déclarer les incidents. À noter que presque tous ces incidents sont de gravité 1 ou 2.

En 2025, il y a trois domaines dans lesquels on constate une augmentation du nombre de déclarations par rapport aux années précédentes. Les incidents en lien avec l'administration des médicaments (766 incidents en 2025 versus 712 incidents en 2024) et ceux en lien avec des agressions et menaces (599 incidents en 2025 versus 492 incidents en 2024). Pour ce dernier domaine (catégorie 10 dans le tableau ci-dessus), l'augmentation des incidents a motivé la création d'un groupe de réflexion qui a mis sur pied une

campagne de prévention des incivilités au sein de l'hôpital. On constate aussi une augmentation de la déclaration des incidents concernant les actes médico-soignants entre 2024 (364 incidents) et 2025 (495 incidents). Nous considérons l'augmentation dans cette catégorie comme un signe positif de progression de la culture sécurité. En effet, les incidents directement en lien avec les prestations médico-soignantes sont moins déclarés si l'on craint des reproches ou une sanction (culture du blâme).

Les incidents/informations entre les blocs opératoires et la stérilisation centrale continuent à diminuer pour la troisième année consécutive. Cette baisse résulte de l'amélioration des processus et de la communication entre ces différents secteurs.

3. Analyse des incidents

Le but de l'analyse d'un incident est d'identifier des actions qui diminuent la probabilité de récurrence de l'incident et/ou ses conséquences. Les analyses se déroulent en deux phases. La première phase consiste en une analyse rapide effectuée par les équipes impliquées dans l'incident. La deuxième phase est sous la responsabilité d'une personne ou d'une équipe impliquée moins directement, voire pas du tout. Elle consiste en l'appréciation des mesures déjà prises et l'évaluation de la nécessité de mesures supplémentaires. Si des mesures supplémentaires sont jugées nécessaires et que l'incident est de haut degré de gravité (degrés 4 à 6), une analyse structurée est effectuée. La deuxième phase est aussi le moment où il est décidé si une information concernant l'incident doit être faite à plus large échelle au sein de l'institution.

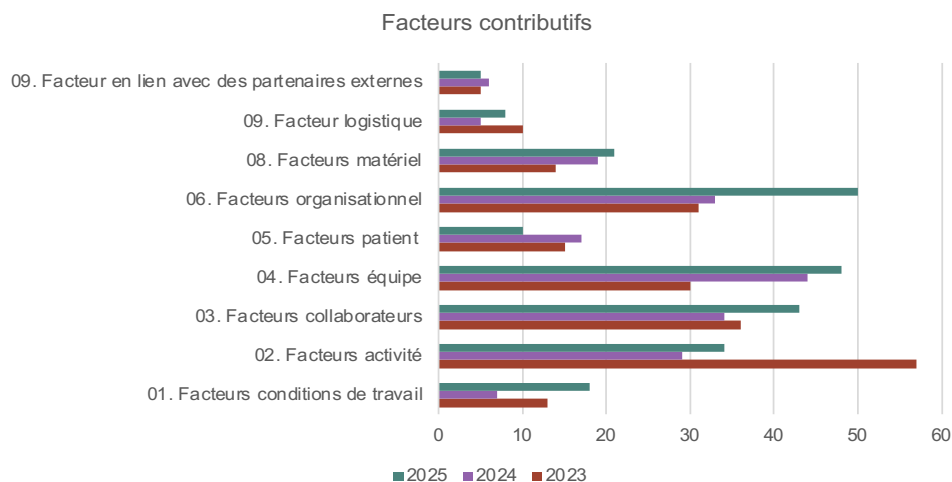
En 2025 une analyse structurée a été effectuée pour 256 incidents, soit 4,93 % de la totalité des incidents déclarés. Ces incidents sont ceux de haut degré de gravité (4 à 6 qui représentent 4 % de la totalité des incidents déclarés), ainsi qu'une partie des incidents de degré 3 (les incidents de degré 3 représentent 23 % de la totalité des incidents déclarés). L'analyse structurée se base sur une approche dite systémique. Le principe de cette approche est qu'il existe plusieurs systèmes de sécurité qui évitent la survenue d'un incident. Il convient donc de chercher les facteurs contributifs dans chacun de ces systèmes de sécurité (les failles du système). Voici des exemples de facteurs contributifs pour chaque système de sécurité dans le domaine de la sécurité des soins :

- Le patient : son état de santé, sa capacité de comprendre et de communiquer, son comportement.
- L'activité : la description de l'activité, sa documentation, son organisation, sa complexité, les risques associés.
- Le collaborateur : ses connaissances, ses compétences, son état de santé, de l'inattention, son

comportement.

- L'équipe : la communication, le leadership, l'entraide.
- Les conditions de travail : les effectifs (collaborateurs absents), la charge de travail, l'environnement physique du travail (espace, température, éclairage), l'ambiance de travail.
- L'organisation (gouvernance de l'institution) : la dotation en ressources humaines, les ressources matérielles mises à disposition, les priorités/objectifs institutionnels, la culture sécurité.
- Le contexte : l'économie, la politique, les exigences d'institutions externes.
- Le matériel : les défauts, la mauvaise utilisation.
- La logistique : le bâtiment, le transport.

Le tableau ci-dessous compare les facteurs contributifs identifiés de 2023 à 2025.



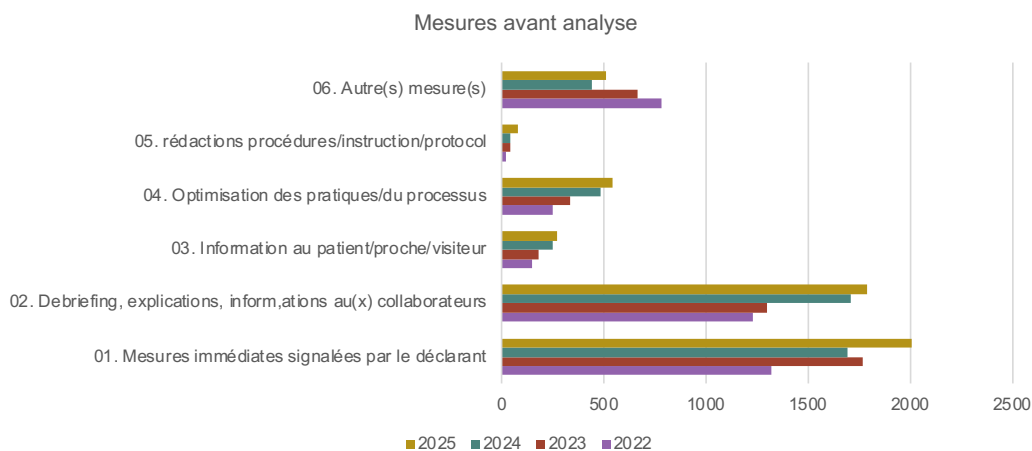
En comparaison avec 2024, on constate globalement une augmentation de l'identification de tous les facteurs, sauf pour les facteurs patient et, dans une très faible mesure, les facteurs en lien avec les partenaires externes. Nous n'avons pas d'explication pour cette baisse. En ce qui concerne l'augmentation plus marquée de l'identification

des facteurs organisationnels, il est probable que les limitations en personnel et en matériel dues aux difficultés financières de l'hôpital jouent un rôle. À noter que la majorité des hôpitaux publics suisses rencontrent actuellement des difficultés financières.

4. Mesures d'amélioration

Certaines mesures d'amélioration sont mises en œuvre avant l'analyse détaillée de l'incident (c'est-à-dire avant la deuxième phase décrite au point 3). Le tableau ci-dessous

montre l'évolution des catégories de ces mesures d'amélioration sur les années 2022 à 2025.



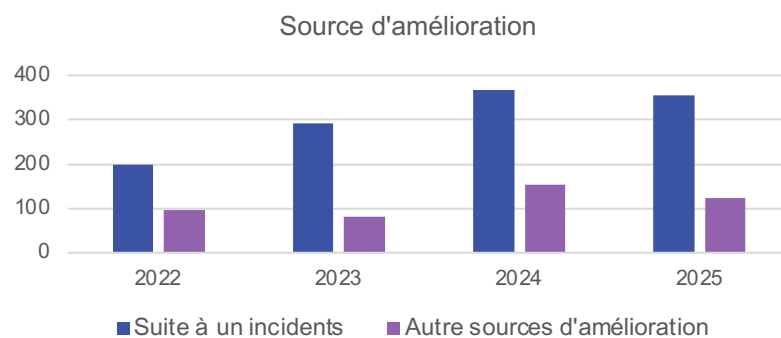
Pour la quatrième année consécutive, on constate une augmentation du nombre de mesures mises en œuvre immédiatement après la déclaration de l'incident et avant qu'une analyse approfondie ait été effectuée (4619 en 2024 et 5195 en 2025). Cette augmentation est un bon signe, car elle signifie qu'il y a davantage d'actions entreprises par les collaborateurs pour éviter que les mêmes incidents ne se reproduisent.

Les autres mesures d'amélioration (autres que celles faites avant l'analyse d'incidents) sont de différentes sources: suite à une analyse d'incident effectuée dans un deuxième temps (deuxième phase de l'analyse décrite

sous le point 3.), suite à des propositions spontanées de collaborateurs (pas de lien avec un incident) ou suite à d'autres processus (exemples: audit, revue de direction, suivi d'indicateurs, proposition de patients).

En 2025, 356 mesures d'amélioration ont été proposées suite aux analyses structurées d'incidents. Ce nombre paraît bas par rapport au nombre total d'incidents déclarés, mais 73 % des incidents déclarés sont de bas degré de gravité (degré 1 et 2) et ne font pas l'objet d'une analyse structurée.

Le tableau ci-dessous montre le nombre de mesures de ces différentes origines pour les années 2022 à 2025.



5. Conclusion

Depuis plusieurs années le nombre total de déclarations d'incidents reste stable. Toutefois, la proportion des déclarations d'incident de plus haut degré de gravité a tendance à augmenter. Cette augmentation nous paraît être un signe positif, dans le sens que cela reflète vraisemblablement une progression de la culture sécurité. Autrement dit, ce ne sont pas les incidents plus graves qui sont plus nombreux, mais les déclarations de ces derniers. L'hypothèse qu'une progression de la culture sécurité se traduit par une augmentation des déclarations des incidents plus graves est soutenue par de nombreux articles publiés dans les journaux médicaux qui montrent que les incidents avec conséquence sur la santé des patients surviennent nettement plus souvent qu'ils ne sont déclarés parce que les collaborateurs craignent d'être sanctionnés (culture du blâme). Cette sous-déclaration en milieu hospitalier est générale et l'Hôpital du Valais n'est pas une exception, mais il semble qu'il progresse dans la bonne direction. Si les collaborateurs sont convaincus que la déclaration d'incident sert à améliorer la sécurité des patients et non à punir des coupables, alors ils déclarent davantage les incidents ayant eu des conséquences sur la santé des patients. On passe ainsi progressivement d'une culture du blâme à une culture de la sécurité.